

固定假牙補助差額同意書

茲因本人_____於_____醫療院所接受固定假牙裝置治療，經醫師評估後，擬選用非健保給付範圍之牙材（或其餘健保補助上限以外之牙材），因此產生之費用差額需由本人自行負擔。

依據花蓮縣政府「中低收入老人裝置假牙補助計畫」相關規定，本人已知悉補助上限為每顆新台幣 4,400 元，最多補助 10 顆，超出部分將由本人自費負擔。

茲詳列如下：

單位：元

固定假牙材質：	項目	顆數 (A)	單價 (B)	總價 (C) =A*B
	實際施作(C1)			
	申請補助(C2)			
	自費差額 D=C1-C2			

本人已明確了解上列牙材內容、補助金額與自費差額，並同意自行負擔補助以外之費用。

立同意書人：_____（簽章）

身分證字號：_____

聯絡電話：_____

就醫醫療院所：_____

診療牙醫師：_____（簽章）

立書日期：中華民國____年____月____日

備註：

1. 本同意書請由服務對象本人或其代理人簽署確認，並作為申請補助之附件。
2. 醫療院所應提供診療明細與補助金額計算基礎。
3. 本表經雙方簽署後，請影印存查。